Praca zaliczeniowa z opieki długoterminowej

Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera.

Opis sytuacji zdrowotnej chorego:

Informacje ogólne:

Imię i Nazwisko :M.R.Ł

Wiek: 71 lat

Płeć: Kobieta

Główne rozpoznanie lekarskie: Choroba Alzheimera

Sytuacja rodzinna: chorą opiekują się syn i siostra, którzy odwiedzają chorą regularnie 1x w tygodniu.

Informacje szczegółowe dotyczące sytuacji zdrowotnej:

Chora została objęta opieką w stacjonarnym Domu Geriatryczno-Rehabilitacyjnym 3 lata temu z powodu nasilających się zaburzeń funkcji poznawczych oraz niekontrolowanych wyjść z domu i zaginięć.

Nie mogła pozostawać sama bez opieki jak również wykonywać podstawowych czynności życiowych.

Kontakt słowny z chorą jest utrudniony ale momentami możliwy do nawiązania..Na zadane proste pytanie chora odpowiada jednym słowem, często prawidłowo: „tak", "nie"," chodźmy", "dobrze", na zadane skomplikowane pytanie chora nie umie odpowiedzieć, powtarza wówczas sylaby: " fu-fu-fu". Orientacja jest zaburzona ,chora nie kontroluje oddawania moczu i stolca. W nocy i rano chora intensywnie poci się.

U chorej występuje nadpobudliwość psychoruchowa, przejawiająca się m.in. nieustanna potrzebą spacerowania ,wyrażana dotykaniem nóg, ubrania, pochylaniem się do przodu w fotelu. chora może chodzić ,jednak z uwagi na osłabioną siłę mięśniową, zaburzenia równowagi i chodu(chód powolny ,małe kroki, stopy unoszone nisko nad podłoże, przodopochylenie ciała)tylko z osobą towarzyszącą. W bieżącym roku zanotowano dwa niekontrolowane wyjścia z domu geriatrycznego i zaginięcie chorej.

Przyjmowane leki:

Nitrazepam tabl. 10 mg na noc

Sorbifer tabl. 100 mg 2 x.dz 1 tab.

Aricept tabl.5 mg.1 x dz 1 tab.

Trilac kaps. 2x dz.1 kaps.

Choroba Alzheimera (łac. *Morbus Alzheimer*, ang. *Alzheimer's disease*) – postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się występowaniem otępienia.

Nazwa choroby pochodzi od nazwiska niemieckiego psychiatry i neuropatologa Aloisa Alzheimera który opisał tą chorobę w 1906 roku. Jest to najczęstsza przyczyna występowania otępienia u osób powyżej 65 roku życia. Ocenia się, że na świecie choruje na chorobę Alzheimera ok. 30 mln osób, w Polsce ok. 200 tys. Ze względu na starzenie się społeczeństw w krajach uprzemysłowionych zakłada się, że liczba chorych do roku 2050 potroi się.

Początek choroby występuje zwykle po 65 roku życia. Przed 65 rokiem życia zachorowania na chorobę Alzheimera stanowią mniej niż 1% przypadków. Badania epidemiologiczne stwierdzają, że zapadalność na chorobę Alzheimera wzrasta z wiekiem – u osób po 65 roku życia stwierdza się ją u ok. 14%, a po 80 roku życia w ok. 40%. Po 85 roku życia częstość otępienia naczyniopochodnego zwiększa się w porównaniu z chorobą Alzheimera wśród chorych z otępieniem.

Przyczyna warunkująca wystąpienie tej choroby nie jest znana.

Na początek wystąpienia objawów i przebieg choroby mają wpływ również czynniki genetyczne, środowiskowe i choroby współistniejące np. choroby układu krążenia.

Istnieją 2 główne postacie choroby Alzheimera:

- postać rodzinna (*FAD* - ang. *Familial Alzheimer's Disease*, ok. 15% przypadków)

- postać sporadyczna (*SAD* - ang. *Sporadic Alzheimer's Disease*, ok. 85% przypadków

a każda z nich może mieć jedną z 2 odmian:

- postać wczesna (*EOAD*, początek przed 65 r. ż.)

- postać późna (*LOAD*, początek po 65 r. ż.)

Część przypadków z postaci rodzinnej jest dziedziczona w sposób autosomalny dominujący. Główne czynniki ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera:

-wiek

- polimorfizm genu ApoE

- poziom wykształcenia

- interakcje społeczne i rodzinne

Objawy i przebieg choroby:

W przebiegu choroby dochodzi do wystąpienia następujących objawów:

- zaburzenia pamięci

- zmiany nastroju

- zaburzenia funkcji poznawczych

- zaburzenia osobowości i zachowania

Charakterystyczne dla demencji (i w tym choroby Alzheimera) objawy to:

- agnozja-nieumiejętność rozpoznawania przedmiotów, szczególnie jeżeli chory ma podać nazwę przedmiotu, w odpowiedzi na pytanie zadane z zaskoczenia.

- afazja- zaburzenia mowy, jej spowolnienie

-apraksja- zaburzenia czynności ruchowych, od prostych do złożonych, np. ubieranie, kąpanie

Zmianom otępiennym mogą towarzyszyć objawy neurologiczne, spośród których najczęstszym jest tzw. zespół parkinsonowski – spowolnienie psychoruchowe, zaburzenia mimiki twarzy i sztywność mięśni. W zaawansowanym stadium choroba uniemożliwia samodzielne wykonywanie nawet codziennych prostych czynności i osoba chorująca na chorobę Alzheimera wymaga stałej opieki.

Czas trwania choroby 6-12 lat, kończy się śmiercią.

Diagnostyka:

Aby uniknąć uznaniowości w rozpoznawaniu choroby Alzheimera opracowano kryteria diagnostyczne, czyli zbiór cech, które należy stwierdzić u danego pacjenta, aby można było postawić diagnozę. Kryteria te uwzględniają stwierdzenie obecności określonych objawów typowych dla otępienia alzheimerowskiego. Aby postawić diagnozę, nasilenie tych objawów musi być wystarczająco duże, istotnie zaburzające normalne funkcjonowanie osoby chorej.

Podejrzenie choroby i badania przesiewowe:

Rozpoznanie choroby Alzheimera należy brać pod uwagę, kiedy pojawiają się problemy z tzw. pamięcią świeżą, czyli dotyczącą czynności wykonywanych aktualnie oraz na bieżąco nabywanych informacji. Wystąpienie tego rodzaju zaburzeń nie jest jednoznaczne z rozpoznaniem choroby, ale powinno skłonić osobę, której to dotyczy, do udania się do specjalisty. Istnieje kilka testów, które wykonuje się jako tzw. badania przesiewowe w diagnostyce choroby Alzheimera. Są to np. Krótka skala ocena stanu psychicznego (Mini Mental State Examination – MMSE) lub Test zegara. Te badania nie są wystarczające do tego, aby rozpoznać chorobę, ale pozwalają z dużym prawdopodobieństwem wybrać osoby wymagające dalszej, precyzyjnej diagnostyki.

Ocena neuropsychologiczna:

Badanie neuropsychologiczne jest specjalistycznym badaniem, którego celem jest ustalenie rodzaju i stopnia zaburzenia funkcji poznawczych. Badanie wykonywane jest przez specjalistę neuropsychologa i powinno być przeprowadzone w każdym przypadku podejrzenia choroby Alzheimera. Badanie to wykonuje się także w celu oceny skuteczności leczenia choroby.

Dodatkowe badania:

Badania dodatkowe, które wykonuje się w trakcie diagnostyki pacjentów, u których podejrzewa się obecność choroby Alzheimera, to przede wszystkim badania obrazowe mózgu, takie jak rezonans magnetyczny albo tomografia komputerowa. Badania te nie służą jednak do potwierdzenia rozpoznania, ale raczej do wykluczenia innych przyczyn otępienia, jak np. guz mózgu, wodogłowie, zmiany pourazowe lub niedokrwienne. W sytuacjach szczególnych, gdy istnieje podejrzenie, że przyczyną zaburzeń poznawczych jest inna choroba, wykonuje się także dodatkowe badania mające na celu wykluczenie lub potwierdzenie, że przyczyną zaburzeń poznawczych jest inny stan niż choroba Alzheimera.

Zapobieganie:

Procesowi starzenia nie można zapobiec, ale można go spowolnić. Dowody dotyczące prawdopodobieństwa rozwoju choroby Alzheimera w związku z pewnymi zachowaniami, zwyczajami żywieniowymi, ekspozycją środowiskową oraz chorobami mają różną akceptację w środowisku naukowym.

Czynniki obniżające ryzyko choroby Alzheimera:

- podejmowanie czynności intelektualnych (np. gra w szachy lub rozwiązywanie krzyżówek

- regularne ćwiczenia fizyczne

- utrzymywanie regularnych relacji społecznych, osoby samotne mają dwukrotnie zwiększone prawdopodobieństwo rozwoju demencji związanej z chorobą Alzheimera w późniejszym wieku niż osoby, które nie były samotne.

- dieta śródziemnomorska bogata w warzywa, owoce i z niską zawartością nasyconych tłuszczów, uzupełniona w szczególności o: witaminy z grupy B, a zwłaszcza w kwas foliowy ,curry, kwasy tłuszczowe omega-3,warzywne i owocowe soki, wysokie dawki witaminy E działającej antyoksydacyjnie (w połączeniu z witaminą C). W przeprowadzonych badaniach przekrojowych wydają się zmniejszać ryzyko choroby Alzheimera, ale nie zmniejszają go w badaniach randomizowanych i obecnie nie są zalecane jako leki zapobiegające, gdyż zaobserwowano, że zwiększają ogólną śmiertelność, umiarkowane spożycie alkoholu.

- leki obniżające poziom cholesterolu zmniejszają ryzyko choroby Alzheimera w badaniach opisowych

- według danych Women's Health Initiative hormonalna terapia zastępcza nie jest już uważana za czynnik zapobiegający demencji.

- długie stosowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) w zmniejszeniu objawów zapalenia stawów i bólu jest związane z obniżeniem prawdopodobieństwa wystąpienia choroby Alzheimera, jak wskazują przeprowadzone badania opisowe. Ryzyko związane ze stosowaniem leków zdaje się przeważać korzyści związane ze stosowaniem ich jako pierwotnego środka prewencyjnego.

Czynniki ryzyka:

- zaawansowany wiek

- genotyp ApoEε4 (w niektórych populacjach)

-genotyp reeliny

- urazy głowy

- problemy zdrowotne ze strony układu sercowo-naczyniowego

- palenie tytoniu

- infekcja wirusem opryszczki (HSV-1)

Leczenie:

Dotychczas nie znaleziono leku, cofającego, lub chociaż zatrzymującego postęp choroby. Leczenie farmakologiczne koncentruje się na objawowym leczeniu zaburzeń pamięci i funkcji poznawczych.

Leki podnoszące poziom acetylocholiny

Inhibitory acetylocholinoestrazy (AchE) – zwiększają poziom ACh poprzez hamowanie jej metabolizmu. Nie wpływają na receptory cholinergiczne.

Odwracalne: donepezil (preparaty zarejestrowane w Polsce: Aricept, Donepex), galantamina (preparaty zarejestrowane w Polsce: Reminyl). Leki te blokują centrum aktywne enzymu-cholinoesterazy- odpowiedzialnego za rozkład acetylocholiny.

Pseudonieodwracalne : rywastygmina(preparaty zarejestrowane w Polsce: Exelon) – blokuje cholinoesterazę niekompetetywnie.

Leki zmniejszające pobudzenie układu glutaminergicznego:

Antagoniści receptora NMDA w chorobach przebiegających z degeneracją neuronów (do których należy choroba Alzheimera) obserwuje się nadmierne pobudzenie neuronów glutaminergicznych. Stosuje się leki blokujące receptory NMDA np. memantynę (preparaty zarejestrowane w Polsce: Ebixa i Axura)

Inne leki:

- do poprawy w zakresie zaburzeń funkcji poznawczych stosuje się leki nootropowei poprawiające ukrwienie mózgu, np. piracetam

- do redukcji objawów psychopatologicznych takich jak depresja, omamy, pobudzenie psychoruchowe i urojenia stosuje się leki psychotropowe

- w leczeniu i spowalnianiu procesów niszczenia komórek mózgu pewne nadzieje rokuje kolostrynina (kompleks białek bogatych w prolinę pochodzenia zwierzęcego), która ma hamować tworzenie się złogów amyloidowych.

Rehabilitacja, terapia zajęciowa i pielęgnacja:

Duże znaczenie ma też leczenie niefarmakologiczne, działania edukacyjne i właściwa pielęgnacja chorych oraz wsparcie rodzin chorych.

W procesie leczenia choroby Alzheimera niezwykle ważną rolę odgrywa psychoterapia, fizjoterapia oraz terapia zajęciowa. Dzięki zastosowaniu tych form terapii można pozytywnie oddziaływać na towarzyszące chorobie Alzheimera objawy natury psychicznej a także stosować specjalne ćwiczenia umysłu, które służą aktywizowaniu i utrzymaniu sprawności intelektualnej. Ćwiczenie codziennie wykonywanych czynności pozwala na dłuższe zachowanie samodzielności. Fizjoterapia, szczególnie terapia ruchowa, pozwala dłużej zachować sprawność fizyczną a w zaawansowanych stadiach choroby jest niezbędnym elementem profilaktyki odleżyn i zaników mięśni.

Problemy Pielęgnacyjne:

Pacjentka wg skali Barthel uzyskała 25 punktów co oznacza że jej stan jest „średnio ciężki”.

1. Problem pielęgnacyjny:

- Chory staje się coraz mniej samodzielny w zakresie samoobsługi

Cel opieki pielęgniarskiej:

dążenie do utrzymania jak najdłużej samodzielności w zakresie samoobsługi

Realizacja:

- obserwacja stanu pacjenta, dostosowanie czynności opiekuńczo – pielęgnacyjnych do jego możliwości

- mobilizacja chorego do wykonywania sememu czynności higienicznych, jeśli pacjent jest sprawny należy wypowiadać krótkie, jasne instrukcje w czasie takich czynności aby pacjent wiedział co po kolei ma wykonać

- pomagamy pacjentce w myciu się, ubieraniu, ,ważne jest aby ubrania nie były zapinane przez drobne elementy (guziki), najlepsza jest prosta odzież zapinana na rzepy, obuwie również zalecenie jest zapinane na rzepy, a nie zawiązywane sznurowadła

- czuwanie nad bezpieczeństwem pacjentki, instruowanie i pomoc jeśli zachodzi taka potrzeba

- przydzielanie chorej prostych zadań tj. sprzątanie swojej części sali czy składanie ubrań (nie karać i nie poprawiać chorego, gdy zrobi coś niewłaściwego, lecz chwalić go gdy wykona coś prawidłowo)

- wspierać chorą w wykonywaniu zadań.

Ocena skuteczności działań:

- w efekcie realizowanych działań dostosowano czynności opiekuńczo – pielęgnacyjne do możliwości pacjenta
- zmobilizowano chorą do chęci sprzątania wokół siebie
- zapewniono niezbędną pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych;
- zmobilizowano pacjentkę do wykonywania posiłków z pomocą pielęgniarki

2. Problem pielęgnacyjny:

- Zaburzenia równowagi, osłabienie siły mięśniowej

Cel opieki pielęgniarskiej:

- zapewnienie bezpieczeństwa

Realizacja:

- towarzyszenie chorej podczas spacerów(wskazane jest wzięcie pacjentki pod rękę żeby zabezpieczyć przed ewentualnym upadkiem)
- zadbać o to, aby chora nie miała zbyt luźnych butów ani zbyt ciasnych, buty powinny mieć najlepiej gumową podeszwę, która zapobiega poślińięciu się;
- wszystkie kruche przedmiot należy umieścić poza zasięgiem chorej
-przy łóżku chorego (jeśli jest taka możliwość) można zamocować siatkę zabezpieczającą przed wypadnięciem chorej z łóżka oraz uchwytów umożliwiających chorej podnoszenie

Ocena skuteczności działań:

- częstsze spacery dzięki sprawowaniu opieki nad pacjentką podczas spaceru;
- chora nosi odpowiednie obuwie
- łóżko pacjentki zostało dobrze zabezpieczone chroniąc ją przed urazami
- niebezpieczne przedmioty zostały usunięte z zasięgu chorej

3. Problem pielęgnacyjny:
Trudności ze spożywaniem posiłków

Cel opieki pielęgniarskiej :

- zaspokojenie potrzeby odżywiania

Realizacja:

- należy obserwować chorego pod kątem niedoborów pokarmowych;
-pomoc chorej w spożyciu posiłków instruując ją co po kolei ma robić : „Weź łyżkę. Nabierz kawałek łyżką. Włóż do ust. Przeżuj. Połknij, dopilnowanie ich zjedzenia
- rytuał posiłkowy czyli posiłki o tej samej porze i w tym samym pomieszczeniu
- nie protestować, kiedy pacjent będzie chciał jeść rękoma, a nie za pomocą sztućców (chory powinien jeść samodzielnie najdłużej jak to jest możliwe);
- jeżeli pacjent nie jest w stanie spożywać posiłków normalnie zakłada się zgłębnik żołądkowy na zlecenie lekarza i karmimy podopiecznego o ustalonych porach dnia za pomocą sondy
- pomoc w utrzymaniu higieny jamy ustnej

Ocena skuteczności działań:

- dokonano obserwacji stanu odżywiania chorej
-obowiązuje rytuał spożywania posiłków
- posiłki dla pacjenta rozdrobniono i podano w odpowiedniej formie;
- zapewniono prawidłową higienę jamy ustnej.
- pacjenta nie ma niedoborów pokarmowych

4. Problem pielęgnacyjny

Niekontrolowane oddawanie moczu i stolca

Cel opieki pielęgniarskiej:

Zachowanie higieny dróg moczowych i okolicy krocza, zapobieganie odparzeniom

Realizacja:

- częste mycie i osuszanie okolicy krocza
- częsta zmiana pampersów ważne jest aby chora nie była zmoczona i zanieczyszczona
- stosowanie kremów przeciw odparzeniom
- założenie cewnika na zlecenie lekarskie (jeśli nie ma innego rozwiązania) oraz jego kontrola i pielęgnacja

Ocena skuteczności działań:

- zapewniono właściwą higienę miejsc intymnych
-często zmieniane pampersy
- okolica krocza pozostaje czysta i sucha
- nie występują odparzenia
- komfort psychiczny pacjentki

5. problem pielęgnacyjny:

Zaburzenia snu

Cel opieki pielęgniarskiej:

utrzymanie prawidłowego rytmu dnia

Realizacja:

- nie dopuszczenie do tzn. „drzemek” w ciągu dnia
- utrzymanie prawidłowego rytmu dnia , chory powinien być aktywny fizycznie (wykonujemy z nim lekkie ćwiczenia gimnastyczne, wychodzić na spacer);
-wietrzenie sali chorej
- pozwalać pacjentowi na wykonywanie łatwych zadań np. malowanie, majsterkowanie (to męczy chorego i zapewnia mu spokojny sen);
- ewentualne podanie środków farmakologicznych zleconych przez lekarza w związku z występowaniem tego typy zaburzenia

Ocena działań pielęgniarskich:

- chory w czasie dnia nie śpi;
- podopieczny stara się wykonywać zajęcia, które wcześniej bardzo lubił;
- podano środki farmakologiczne na zlecenie lekarza ułatwiające sen

6.Problem pielęgnacyjny

- Utrudniona komunikacja

Cel opieki pielęgniarskiej:

- utrzymanie komunikacji w zakresie w jakiem jest ona jeszcze możliwa

Realizacja:

- najlepiej gdy mówimy do chorego półgłosem (podniesiony głos może być odbierany jako napaść)
- gdy stoimy do chorego twarzą w twarz, patrzymy mu w oczy, możemy trzymać za rękę;
-okazujemy choremu życzliwość i serdeczność, dajemy mu odczuć, że się nim interesujemy;
-formułujemy pytania zamknięte, tak aby chory odpowiadał „tak” albo „nie”;
-jeśli mamy wydać polecenie należy je kilka razy powtórzyć, zdania powinny być krótkie proste i jasne;
-stawiamy tylko jedno pytanie na raz i jeśli trzeba je powtórzyć to przy użyciu jednakowego zdania;
-nie należy przyspieszać odpowiedzi chorego, nie podsuwać mu słów, które mu trudno znaleźć, lecz naprowadzać na nie;

Ocena działań pielęgniarskich:

-rozmowa z chorym z właściwej skali dźwiękowej;
-w czasie rozmowy zawsze patrzono pacjentowi w oczy;
-okazywano zainteresowanie i życzliwość choremu;
-pytania zadawano zawsze proste tak aby pacjent był w stanie na nie odpowiedzieć;
-nie stawiano więcej niż jedno pytanie jednocześnie;
-słuchano słów chorego z właściwą uwagą;

7. Problem pielęgnacyjny

Kłopoty z pamięcią, częste gubienie się

Cel opieki pielęgniarskiej:

zapewnienie bezpieczeństwa

Realizacja:

- staramy się nie okazywać zniecierpliwienia, nie pokrzywiać się, nie denerwować na naszego podopiecznego, gdy trudno nam się z nim porozumieć;
-ważne jest aby oznakować pomieszczenia, drogę do nich;
-należy przypominać choremu, kim jesteśmy i jaką pełnimy rolę w jego życiu;
- u pacjenta, który często ucieka, zachęcenie chorego do noszenia specjalnej bransoletki lub karty z wypisanym na nich nazwiskiem, adresem i numerem telefonu, a także pamiętanie o zamykaniu drzwi na klucz

Ocena działań pielęgniarskich:

-okazano życzliwość i zrozumienie pacjentowi;
-oznakowano pomieszczenia w mieszkaniu dla ułatwienia choremu orientacji;
-chory nosi przy sobie kartę ze swoimi danymi personalnymi.
-chora jest bezpieczna
8.Problem pielęgnacyjny:
Zachowania agresywne

Cel opieki pielęgniarskiej:

zapewnienie spokoju i bezpieczeństwa

Realizacja:

-próby odwrócenia uwagi chorego od tematu, który go drażni poprzez zmianę tematu, wyjście do drugiego pomieszczenia sali;
-zająć czymś podopiecznego (np. ciekawym artykułem);
-można włączyć muzykę, wziąć chorego za rękę, uśmiechnąć się, pogłaskać po głowie;
-nigdy nie należy traktować chorego jak dziecko;
poinformować lekarza o zachowaniach agresywnych, zastosować na zlecenie lekarskie leki uspokajające, p/psychotyczne.

Ocena działań pielęgniarskich:

-odwrócono uwagę od tematu drażniącego;
-zapewniono właściwą atmosferę aby złagodzić drażniąca sytuacje;
-traktowano pacjenta z należytym szacunkiem;
nie było potrzeby stosowanie leków uspokajających.

9. Problem pielęgnacyjny;
Brak organizacji czasu wolnego

Cel opieki pielęgniarskiej:

zorganizowanie czasu wolnego

Realizacja:

-jeśli podopieczny jest w stanie się poruszać, możemy wybrać się z nim na spacer (długość uzależniona od możliwości pacjenta);
-można czytać razem z pacjentem czasopisma, oglądać zdjęcia w albumach;
poznając wcześniejsze zainteresowanie chorego możemy mobilizować do ich wykonywanie np. zajęcia artystyczne (rysunek, muzyka), domowe (pomoc w zajęciach gospodarczych, przygotowywaniu posiłków).

Ocena działań pielęgniarskich:

-zorganizowano czas wolny choremu po przez spacer;
-zaktywizowano pacjenta do czytania artykułu, a także do oglądania fotografii bliskich mu osób;
zmobilizowano do wykonywania zajęć, które kiedyś podopiecznego interesowały.
-pacjentka nie jest znudzona, okresowo na jej twarzy pojawił się uśmiech

Opracowały: Greta Rojek
Małgorzata Sarnowska
Studia niestacjonarne
II stopnia
I rok Pielęgniarstwo